FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

N° 560

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PRESENTEE PAR

CODET Jean-Pierre

Né le 11 Juillet 1931, à SAINT-BRIEUC

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le .....

Les corticoïdes en injection locale dans le traitement des laryngites chroniques non kératosiques

Président : M. Maurice AUBRY, Professeur

IMPRIMERIE DE PERSAN-BEAUMONT
30 à 32, Avenue Jean-Jaurès
95 - PERSAN

1967

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PRESENTEE PAR

CODET Jean-Pierre

Né le 11 Juillet 1931, à SAINT-BRIEUC

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le .....

Les corticoïdes en injection locale dans le traitement des laryngites chroniques non kératosiques

Président : M. Maurice AUBRY, Professeur

IMPRIMERIE DE PERSAN-BEAUMONT
30 à 32, Avenue Jean-Jaurès
95 - PERSAN

1967

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

https://archive.org/details/IA41543920_0014

A MON PERE

Le Docteur Jean CODET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'honneur

A MA MERE

Pour leur courage et l'exemple de leur vie.

A Monsieur le Professeur Maurice AUBRY

— *Professeur de clinique O.R.L. à la Faculté de Médecine de Paris.*

— *Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière.*

— *Chevalier de la Légion d'honneur.*

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueux attachement.

A MON MAITRE

Le Docteur Jean Bouche

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris
Chef de Service à l'Hôpital Foch

Avec une grande bienveillance, il m'a accueilli dans son service. En témoignage de la profonde admiration et de l'attachement qu'ont suscités en moi sa très vaste érudition liée à de si précieuses qualités humaines.

Qu'il veuille bien recevoir l'expression de ma vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Henri GUILLON

Chef du service Oto-Rhino-Laryngologique
à l'Hôpital N.-D. de Bon Secours
Chevalier de la Légion d'honneur

Pour l'autorité bienveillante avec laquelle il a guidé mes premiers pas dans la spécialité durant mon année d'internat dans les Hôpitaux Privés.

Au Docteur Ch. FRECHE

Ancien chef de clinique à la Faculté
Assistant du service O.R.L. de l'Hôpital Foch

En qui j'ai trouvé un guide patient et attentif, toujours prêt à m'éclairer de ses précieux conseils, tant dans l'élaboration de cette thèse que dans la pratique quotidienne de la spécialité.

Qu'il soit assuré de toute ma gratitude et de ma vive sympathie.

A Messieurs

Le Docteur Philippe DUFOURMENTEL

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges

Les Docteurs BRUKER

CHAIX

CHEVALIER

TRONCHE

HANNEQUIN

Qu'ils soient assurés de toute ma reconnaissance.

Les corticoïdes en injection locale dans le traitement des laryngites chroniques non kératosiques

Les différentes thérapeutiques proposées dans le traitement des laryngites chroniques, pourtant appliquées avec méthode et le maximum de persévérance, restent décevantes. Que ces malades aient été soumis à l'action du soufre, des différentes huiles et essences balsamiques, des antibiotiques ou des corticoïdes en aérosol ou par voie générale, qu'ils aient fréquenté des stations thermales, leur dysphonie reste sans changement ou presque.

C'est devant l'échec de ces traitements que nous avons tenté d'y remédier par l'apport *in situ* de l'action anti-inflammatoire des corticoïdes et d'obtenir ainsi de meilleurs résultats. C'est l'expérience de la laryngoscopie en suspension, pratiquée de façon courante depuis plus de trois ans dans le service de notre Maître, le Docteur Bouche, qui nous a permis d'étendre la pratique de cet examen à l'étude et au traitement des laryngites chroniques.

Jusqu'à présent, 135 laryngoscopies en suspension ont été pratiquées, dont 69 pour laryngites chroniques, sur ces 69 nous avons obtenu des résultats très favorables.

Nous vous proposons de décrire successivement :

— un rappel histopathologique des laryngites chroniques,

— le mécanisme d'action *in situ* des corticoïdes,

— Les indications et contre indications de ce traitement,

— La technique,

— Les résultats.

I. — RAPPEL HISTOPATHOLOGIQUE DES LARYNGITES CHRONIQUES

On sait que le larynx offre à l'étude histologique deux types d'épiyhélium :

Un épithélium pavimenteux stratifié du type des muqueuses, avec, sur la membrane basale, une couche unique de cellules cylindriques ; c'est la couche basale active et fertile d'une grande importance pathologique.

Au-dessus, une couche intermédiaire ou épineuse comprend huit à dix rangées de cellules à noyaux ronds et unies aux autres par des filaments d'union. Ce sont donc des cellules différenciées.

Au-dessus de cette couche, on trouve les cellules pavimenteuses aplaties et de direction horizontale. Plusieurs couches sont superposées, dont la couche externe desquame dans la lumière laryngée.

Mais en aucun cas, il n'y a de kératinisation de cette couche, ce qui différencie l'épithélium des muqueuses de l'épithélium cutané.

L'autre type d'épithélium cylindrique *cilié*, stratifié de type respiratoire, comprend une couche basale de

cellules rondes, une couche intermédiaire de cellules plus ou moins cylindriques, plus ou moins tassées les unes contre les autres, sans filament d'union, et séparées souvent par des prolongements cellulaires venant de la couche superficielle qui est faite de cellules cylindriques ciliées et de cellules caliciformes.

Dans le derme ou chorion ; sous la membrane basale on trouve le tissu conjonctif avec des fibres élastiques qui peuvent s'organiser en trousseau comme au niveau du bord libre de la corde vocale, formant le ligament vocal : des papilles vasculaires, des amas lymphoïdes, surtout dans le chorion des bandes ventriculaires et au fond des ventricules, et enfin des glandes muqueuses ou séro-muqueuses, dont l'activité aura une grande importance.

Répartition de ces deux types d'épithélium :

Chez le fœtus on ne trouve pas le type pavimenteux qui n'apparaît qu'avec la fonction vocale, d'abord sur le bord libre des cordes, puis sur leur face supérieure et enfin des aryténoïdes et la moitié supérieure de la face laryngée de l'épiglotte.

L'épithélium se transforme donc avec l'âge et les conditions de travail vocal, ce qui explique la rareté des laryngites chroniques et du cancer chez l'enfant, et leur fréquence dans les professions exposées soit, — au malmenage vocal, soit à l'irritation due aux conditions de travail et aux intoxications alcoolo-tabagiques ; les deux facteurs étant souvent réunis pour conditionner soit une hyperplasie par irritation externe, soit une cancérisation par un processus intra-cellulaire avec les formes de transition bien connues que sont les atypies cellulaires dans une hyperplasie, avec comme aboutissant le cancer « in situ » ou cancer intra-épithélial.

TABLEAU IV

— Classification histologique des hyperplasies épithéliales (Groupe I) et des états précancéreux du larynx (Groupes II et III)

Groupe I :

Hyperplasies épithéliales.

Variétés déterminées par l'aspect de la surface de l'hyperplasie :

A) Variété plane (avec ou sans croissance endophytique).
B) Variété verruqueuse ou papillaire (croissance exophytique).

Chacune de ces variétés peut présenter les types suivants :

- Types déterminés par l'absence ou le degré de la métaplasie cornée en surface de l'hyperplasie.
  a) Type simple ou kératinisé.
  b) Type kératosique.

Groupe II :

Hyperplasies épithéliales avec atypie.

A) Variété plane.

B) Variété verruqueuse ou papillaire.

Chacune de ces variétés peut présenter les types suivants :

a) Type simple ou kératinisé.
b) Type kératosique.

Groupe III :

Hyperplasies épithéliales avec cancer-in-situ.

A) Variété plane.

B) Variété verruqueuse ou papillaire.

Chacune de ces variétés peut présenter les types suivants :

a) Type simple ou kératinisé.
b) Type kératosique.

FIG. 12. — *Schéma montrant les différentes variétés d'hyperplasies épithéliale.* (Kleinsasser, 1963).

Le processus histologique de l'hyperplasie :

Dans un premier stade l'hyperplasie débute par la réaction inflammatoire du chorion, avec congestion vasculaire, infiltration histio - plasmocytaire d'où hyperactivité glandulaire et cellulaire, ces désordres aboutissant à l'œdème du chorion, qui peut soit rétrocéder avec la suppression de l'irritation, soit évoluer vers une production œdémateuse du type polype si elle est localisée, ou du type cordite pseudo-myxomateuse si elle s'étend.

Si le processus n'est pas arrêté, l'évolution se fera vers la sclérose du chorion et la vraie chronicité, mais jusqu'ici le processus reste purement mésenchymateux, monodermique.

Au contraire, dans un deuxième stade dhyperplasie vraie, l'irritation du chorion va entraîner l'hyperplasie épithéliale et le processus devient didermique.

Nous avons dit plus haut que la couche basale était la couche fertile ; en effet, normalement les cellules de la couche basale se divisent par bipartition, une des cellules filles se différencie et entre dans la couche intermédiaire, la deuxième reste fixée sur la basale et devient une nouvelle cellule mère.

Sous l'effet de l'irritation, on observe une augmentation du nombre des cellules basales qui prennent plusieurs couches, c'est l'hyperplasie simple.

De là vont se différencir un plus grand nombre de cellules intermédiaires.

Enfin, l'hyperplasie va se refléter sur la couche pavimenteuse d'élimination et sous l'effet de l'irritation externe, les cellules pavimenteuses vont se kératiniser d'abord en surface, puis en plusieurs couches aboutissant à la kératose.

De ces données, nous retiendrons que le « primum movens » de l'inflammation réside dans le chorion sous-muqueux, que de lui vont venir les modifications des éléments épithéliaux sus-jacents, et qu'en lui s'organise la chronicité vraie. C'est donc à son niveau qu'il semble logique d'agir. Or l'étude expérimentale de l'action des corticoïdes montre que c'est au niveau du tissu conjonctif que leur action anti-inflammatoire est prépondérante.

II. — MÉCANISME D'ACTION « IN SITU » DES CORTICOIDES

La cortisone est un antimitotique qui agit surtout sur le tissu conjonctif, sur ses différents constituants, à savoir :

— les cellules,
— les fibres cojonctives,
— la substance fondamentale.

Parmi les cellules

— les unes sont des éléments statiques : fibroblastes à l'origine des fibres et fibrilles précollagènes, la cortisone inhibe la prolifération des fibroblastes ;

— les autres sont des éléments dynamiques : les histiocytes, éléments du système réticulo-endothélial et les mastocytes, élaboratrices de la substance fondamentale.

Les fibres conjonctives comprennent :

— les fibres collagènes,
— les fibres élastiques qui disparaissent dans l'inflammation et sont protégées par la cortisone,
— les fibres réticulées annexées au système réticulo-endothélial.

La substance fondamentale.

Difficilement identifiable à l'observation microscopique, c'est morphologiquement la substance intercellulaire.

De son étude biochimique, deux faits se dégagent :

— l'isolement de l'acide hyaluronique,
— la découverte de facteurs de diffusion.

Dans cette substance fondamentale se trouve le siège des réactions focalisées. C'est en elle qu'apparaissent les signes morphologiques de l'agression. C'est elle qui sera le vecteur des corticoïdes, et le siège des dépolymérisants enzymatiques.

Le mécanisme intime de l'action des hormones surrénales n'est pas connu, on pense à une action enzymatique. Umbreit a montré que les réactions enzymatiques sont pour la plupart ralenties par la surrénalectomie et accélérées par la cortisone. On ne trouve pas de spécificité d'action mais la cortisone influence la glucoranidase, l'arginase.

Les mastocytes, cellules grosses et granuleuses, sont des éléments essentiels dans l'élaboration de cette substance fondamentale. Les granulations renferment outre l'histanine, un mucopolysaccharide inhibiteur de l'hyaluronidase. Or ces cellules dans certaines conditions, et c'est ainsi que le fait la cortisone, ces cellules « crachent » leur granulations au sein de la substance fondamentale.

Le tissus conjonctif est en perpétuel remaniement, il s'édifie et se dégrade simultanément. Des enzymes le construisent, d'autres le démolissent, l'hyaluronidase transfrome le gel de la substance fondamentale en un semblant de sol. Cet enzyme est augmenté par l'inflammation et ce près de quarante fois. La substance fondamentale comme un sol œdémateux et lignifié,

fournit un terrain propice à l'invasion. C'est en inhibant l'action de l'hyaluranidase que la cortisone agit essentiellement.

Avec Dougherty, nous résumerons ainsi l'explication du mécanisme possible de l'action anti-inflammatoire des corticoïdes :

— Diminution du fibrinogène en circulation. Par la suite, diminution de la fibrine sur le foyer inflammatoire.

— Inhibition de l'hyaluronidase d'où baisse de l'action du facteur propagation.

— Inhibition de la formation d'acide hyaluronique de la substance fondamentale.

— Effusion des granules en provenance des cellules basophiles avec libération d'un mucopolysaccharide qui possède une action antihyaluronidase et agit également sur l'histamine.

L'action freinatrice de la cortisone sur le processus inflammatoire est locale.

III. — ENVISAGEONS MAINTENANT LES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE CE MODE DE TRAITEMENT

On sait que très schématiquement il est classique de diviser les laryngites chroniques comme dans une image d'Epinal révolutionnaire : « les rouges et les blanches ».

L'indication type concerne les laryngites rouges, ou laryngites hypertrophiques non kératosiques.

Nous nous sommes attaqués à celles-ci étant donné l'opinion classique sinon parfaitement valable de

l'absence habituelle de dégénérescence maligne immédiate de telles lésions ; considérant ainsi, comme le verrons au chapitre technique, que l'épluchage associé à l'hydrocortisone joue un rôle favorable en arrêtant l'évolution, ne serait-ce que par le rôle mécanique auto-entretenu joué par l'hypertrophie cordale qui est ainsi supprimée. Le « pré-antécédent », pour reprendre l'expression de Lepage, est donc supprimé ou du moins diminué en grande partie. La rupture du cercle vicieu sera obtenue par l'acte thérapeutique, complété par les conseils dhygiène de vie, d'ailleurs, peu respectés en général, comme la suppression du tabac et de l'alcool.

Ces laryngites rouges se présentent :

— soit sous forme de cordites isolées ou plus souvent associées à de volumineuses bandes ventriculaires. Ce sont ces grosses cordes rouge vif boudinées ;

— ailleurs un œdème du chorion se devine sous une muqueuse distendue donnant cet aspect caractéristique de cordes « en bordure de jambon » ;

— c'est parfois l'aspect pseudomyxomateux bien décrit par Bourdial.

Ces laryngites rouges représentent la majorité de nos cas.

Moins typique mais indications qui nous ont parus justiciables d'une action anti-inflammatoire locale :

— Les ulcères de contact. Nous avons fait des injections de SOLUDECADRON dans quatre ulcères de contact, à la périphérie de l'ulcère.

— Les polypes et nodules des cordes vocales. Après ablation, hautement facilitée par la vue directe que donne la laryngoscopie en suspension, nous avons

infiltré de SOLUDECADRON la base d'implantation, en vue d'obtenir une meilleure cicatrisation.

Les contre-indications sont représentées par les laryngites chroniques « blanches » kératosiques, *a priori* suspectés de pouvoir dégénérer. Aucun acte thérapeutique local n'a été entrepris à leur sujet, qu'il s'agisse :

— de papillon corné,
— de cordites infiltrées, blanchâtres, empâtées,
— ou d'une plaque de leucoplasie plane et limitée.

En fait, la distinction des deux grandes formes n'est pas aussi tranchée. *La kératinisation histologique n'est pas parallèle à la kératinisation clinique.* Les formes rouges peuvent montrer : une kératinisation de surface, c'est donc une question de degrés. La kératinisation clinique n'apparaissant que lorsque plusieurs couches pavimenteuses se kératinisent.

— Soulignons à ce propos, l'intérêt considérable apporté par l'examen au microscope qui met en évidence la moindre anomalie kératosique (Kleinsasser), soit sous forme d'une tache punctiforme, blanchâtre, sur une corde rouge œdématiée, soit sous forme d'un dépoli manifeste tout le long de la corde vocale. Insistons également sur l'importance de la recherche de la moindre anomalie vasculaire de « surface », l'irrégularité de vascularisation, sur laquelle insiste avec juste raison Y. Guerrier, observée au niveau d'une hypertrophie localisée dans la muqueuse, doit faire suspecter la probabilité ultérieure de détérioration maligne.

1) L'examen cytologique a été pratiqué selon la méthode de Papanicolaou — le prélèvement fait au porte-coton sur les zones suspectes a le mérite de ne pas être traumatisant. Il est rare par contre, qu'il mette en évidence des anomalies histologiques telles

que le diagnostic soit assuré. Cependant il mérite d'être repris, à la suite d'auteurs allemands, sur une plus grande échelle.

2) L'examen histologique sera appliqué en demandant à l'anatomopathologiste de rechercher les anomalies nucléaires et cytologiques portant sur toute la couche épithéliale prélevée.

Cependant, cette méthode reste sujette à caution si les prélèvements n'ont pas été larges car on risque de laisser une zone de cancer *in situ*.

Au total, dans les zones kératosiques *a priori* suspectes, le dernier mot revient à la clinique, si la bopsie exérèse large de la lésion kératosique n'a pu être réalisée de façon complète.

En conclusion, ces lésions kératosiques blanches qui présentaient classiquement une contre-indication de « l'épluchage » exérèse sont peut-être maintenant justiciables de la technique que nous préconisons à condition que les exérèse puissent être correctement réalisée, c'est-à-dire dans leur entier.

C'est d'ailleurs l'opinion des auteurs américains et actuellement nous sommes entrain de la réaliser. Par contre, la chirurgie reste toujours valable pour le papillome corné, ou la laryngite chronique étendue suspecte.

TECHNIQUE

Anesthésie.

Nous envisagerons tout d'abord le problème de l'anesthésie. L'anesthésie présente un intérêt majeur : sans anesthésie valable, *il est inutile de pratiquer une laryngoscopie en suspension,* on se heurterait à un échec ; étant donné qu'il s'agit d'une anesthésie de longue durée relative (cinq à vingt minutes) exigeant un relâchement maximum.

On dispose de deux méthodes anesthésiques :

— soit l'anesthésie générale sous Penthotal-Curare, avec intubation par voie nasale, le tube une fois en place vient se plaquer dans l'interstice inter-aryténoïdien et ne gêne pas tellement la vision, de plus le ballonnet protège l'arbre aérien. Mais le tube gêne néanmoins l'appréciation de la muqueuse du larynx dans son ensemble et surtout *l'anesthésie générale abolit tout mouvement cordal,* si précieux pour juger immédiatement d'une bonne mobilité des cordes vocales et du résultat fonctionnel après épluchage ou ablation d'un polype par exemple, sans compter de l'exigence d'une hospitalisation de vingt-quatre heures que nécessite une telle anesthésie qui, elle aussi, a ses propres contre-indications ; sur 135 laryngoscopies en suspension pratiquées dans le service de notre maître le Docteur Bouche durant ces trois dernières années, trois ont été faites sous anesthésie générale avec intubation. Les autres ont été réalisées par une deuxième méthode à laquelle nous donnons notre préférence :

La Neuroleptonalgésie.

On peut avoir recours à plusieurs médications :

Pendant un an, avec l'aide de notre collègue Galaup, ancien anesthésiste, nous avons pratiqué l'association :

— Palfium-Taractan avec d'excellents résultats.

La posologie est la suivante :

Après pré-médication (atropine Nembutal) fonction de l'âge. Une perfusion intraveineuse est mise en place : dans 250 cm³ de sérum glucosé à 30 % sont adjoints : Palfium 5 mg, Taractan 30 mg.

Dès lors il faut attendre vingt à trente minutes avant l'acte endoscopique.

Plusieurs points sont à signaler avec cette méthode :

— Attendre formellement le délai de ving à trente minutes d'avant d'intervenir.

— Atmosphère calme semi-obscure aidant le malade à se détendre.

— Surveillance de la T.A. car le Taractan est hypotenseur.

— Enfin, surveillance post-opératoire longue car l'action du produit se poursuit tout en régressant progressivement.

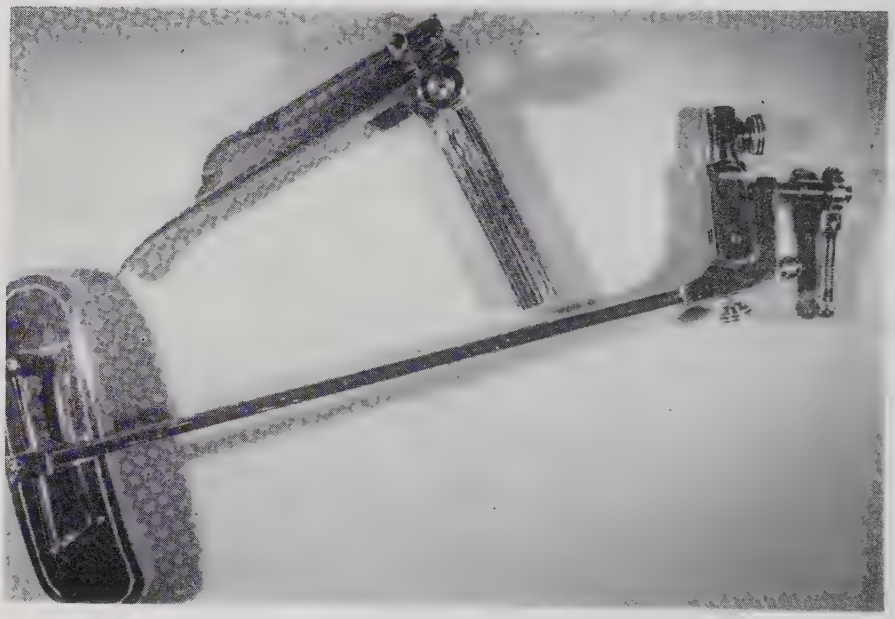
Ceci dit, l'association : Palfium-Taractan permet de réaliser une parfaite laryngoscopie en suspension.

MM. Vourch et Winckler nous ont fait utiliser une nouvelle association d'un tranquillisant et d'un analgésique.

Après pré-médication : Dolosal-Atropine, une ampoule une heure avant, ou Atropine-Equanil, puis R 4749 ou Droleptan (tranquillisant) à la dose de 5 mg en I.V. et R 1406 Phénopyridine (analgésique) à la dose de 1 à 2 mg simultanément.

L'association de ces drogues permet d'obtenir d'excellents résultats.

Après une latence de vingt minutes également, qu'il faut à tout prix respecter, le sujet entre dans un état de somnolence et surtout d'indifférence, tout en obéissant relativement aux ordres donnés (ouvrir la bouche, tirer la langue, parler...).



Laryngoscope en suspension de Storz modifié.

Il est alors parfaitement possible de mettre en place le laryngoscope sans réaction du malade.

Un complément d'anesthésie locale peut être dans certains cas le bienvenu : anesthésie de l'hypopharynx, du larynx, une fois le tube en place, ce qui va permettre d'obtenir un calme absolu.

Ainsi le malade ne tousse pas, la respiration n'est pas déprimée, alors que les gaz du sang et la T.A. ne sont pas modifiés. L'acte endoscopique et thérapeu-

tique peut donc être mené en toute tranquillité et une dose du mélange peut être donnée à nouveau si l'intervention se prolongeait au-delà d'une demi-heure, ce qui est exceptionnel évidemment.

Ce qu'il faut, par contre, c'est donner la dose optima en une fois, sinon on ne peut mettre en place correctement le tube, et même une deuxième dose ne donne

— Aiguille contre-coudée.
— Ecarte-bande ventriculaire.
— Crochets.

pas la même satisfaction. Ce sera à l'anesthésiste de « jauger » son malade afin de donner d'emblée cette dose optimum (notamment, sans hésiter, 10 mg de Droleptan chez l'homme très musclé et « lourd »).

Signalons enfin que la Nalorphine, en cas de besoin, est un antidote parfait du coktail anesthésique dont elle annule les effets en trente secondes.

Le problème de l'anesthésie ne se pose plus chez

l'adulte et autorise une large pratique de la laryngoscopie en suspension.

Par contre, chez l'enfant, la question est fort différente. Il n'est pas question de faire une neuroleptanalgésie en raison des risques qu'elle fait courir à cet âge.

Seule donc est autorisée l'anesthésie générale :

— avec intubation ;

— avec cuirasse sans intubation comme la pratique MM. Ombredane et Poncet avec d'excellents résultats. Là non plus, pas de mobilité cordale et surtout instrumentation et matériel encombrant et complexe. Nécessité de pratiquer la laryngoscopie en suspension dans un centre parfaitement équipé.

Envisageons le problème de l'instrumentation

— La potence de Killiam la plus répandue, donne il est vrai un jour excellent, mais elle est encombrante et n'empêche pas un ballottement de la tête.

— Le laryngoscope d'Hasslinger est de maniement délicat, prenant appui sur la paroi postérieure de l'oropharynx.

— Nous utilisons le laryngoscope autostatique de Storz avec appui thoracique, de maniement facile, peu encombrant, efficace à la condition d'y apporter comme nous l'avons fait faire, quelques modifications :

— Spatule beaucoup plus puissante au risque sinon de s'écraser si le sujet est puissant et musclé, avec ouverture latérale ;

— Eclairage deux fois plus puissant actuellement, et la lumière froide y sera bientôt adjointe ;

— Spatule dépolie pour ne pas éblouir si l'on travaille sous microscope ;

— Appui thoracique plus large et non traumatisant.

Il est également capital d'avoir une série d'instruments adéquats aux traitements des laryngites chroniques.

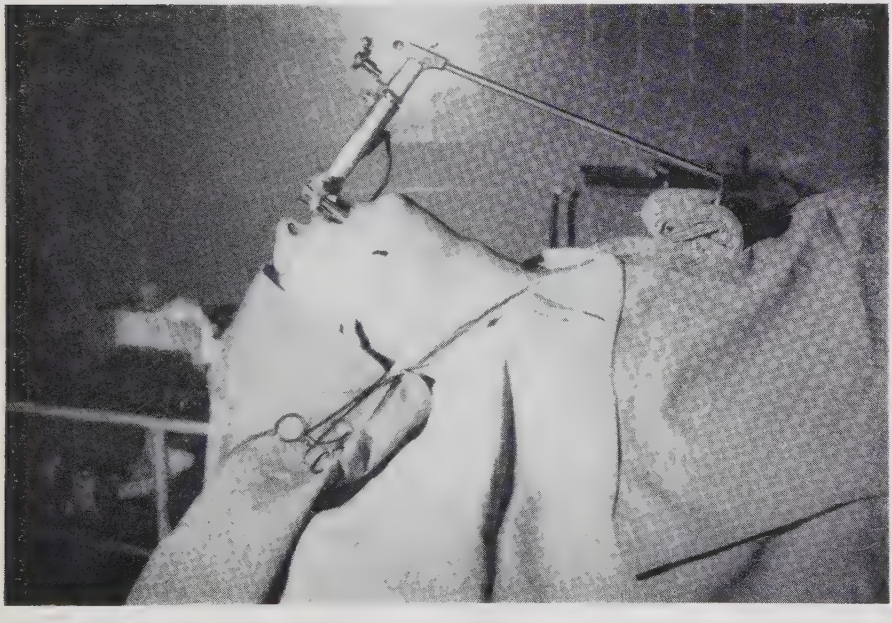
Outre les instruments de Storz, pince, crochets, faux, nous disposons :

— d'une spatule écarte — bande ventriculaire,

— de crochets dérivés de ceux de Gillis,

— des aiguilles contre-coudées fines, pour l'injection du corticoïde,

— Un « palpeur » assez voisin d'une sonde ténotome,



Laryngoscope en place.

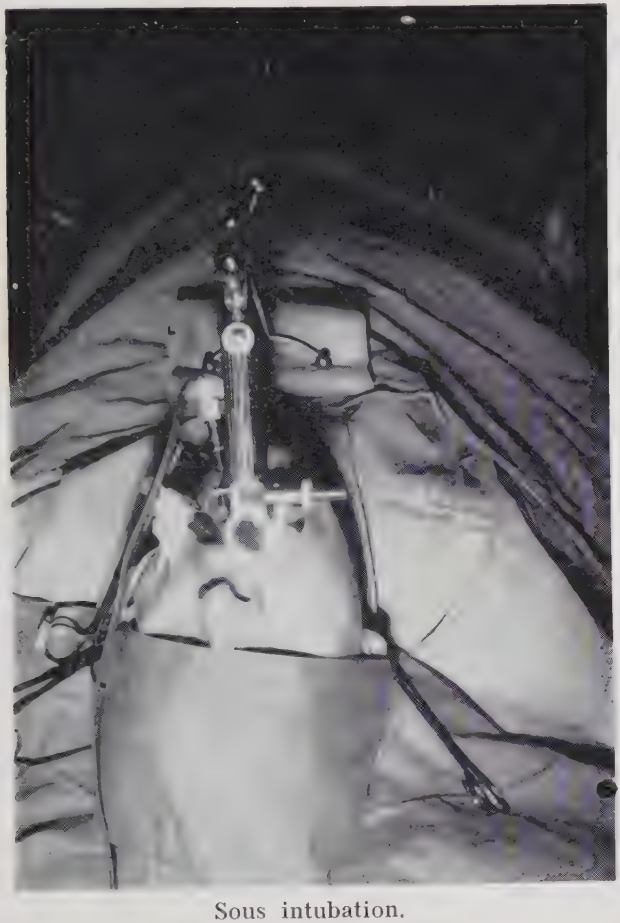
— Une pince permettant l'épluchage en un temps de toute la fraction musculaire de la corde vocale afin d'éviter la « dentelure » que donne parfois l'épluchage.

Sous neuroleptanalgésie.

Toujours dans ce chapitre instrumentation, disons l'intérêt considérable que nous ont apporté les optiques grossissants dans le bilan anatomique des lésions et souvent aussi leur exérèse.

Le microscope Zeiss muni de l'optique de 400 mm ;

certes difficile à centrer mais une fois en place, permet d'obtenir au grossissement, 6 ou 10 des images extraordinaires que l'on peut fixer sur pellicules ou films.



Sous intubation.

A défaut de microscope de Zeiss, on peut utiliser le bronchoscope avec optique grossissant. L'endoscope universel de Fourestier, Gladu, Vulmière, permet à notre confrère et ami Fournier de réaliser actuellement un film sur les laryngites chroniques avec d'excellentes images. L'endoscope est introduit dans le

laryngoscope en suspension, et permet d'obtenir ainsi des vues progressivement croissantes en dimension, ce que ne permet pas le microscope opératoire. Nous conservons donc ce dernier essentiellement pour les prises de vues de technique chirurgicale endolaryngée ; alors que notre préférence va à l'endoscope pour les images des lésions rencontrées.

Dernier problème avant de passer au traitement proprement dit des laryngites chroniques : celui des échecs de la laryngoscopie en suspension. Il y en a : sur laryngoscopie en suspension 10 % d'échec par impossibilité de réalisation. Il faut les diviser en deux chapitres.

— Echec d'une laryngoscopie en suspension sous neuroleptanalgésie, sujet hypermusclé, réagissant mal aux drogues, une seconde quantité injectée ne donne pas un aussi bon résultat que la première injection ; c'est l'affaire d'anesthésie et il faut savoir « jauger » son sujet pour ne pas hésiter à donner d'emblée une dose plus élevée (deux fois la dose de Droperidol, soit 10 mg, nous l'avons dit).

— Commissure antérieure particulièrement difficile à voir, en raison du bref espace situé entre celle-ci et l'épiglotte qui vient se rabattre désagréablement devant l'opérateur.

Ceci oblige à « charger » trop le pied épiglottique et masque l'épiglotte. Nous plaçons alors le bec de la spatule dans la vallécule et relevons l'épiglotte à l'aide d'un crochet, mais évidemment ceci gêne l'acte endoscopique endolaryngé lui-même dans la minutie.

Il faut savoir en cas de difficultés, *redresser la têtière* au maximum, une fois la spatule en place, ceci permet souvent d'objectiver au mieux la commissure antérieure.

— Echec sous anesthésie générale :

  — par défaut de préparation vraisemblablement, l'opérateur est gêné par les sécrétions ;
  — par le tube d'anesthésie long, encombrant, qui est en pleine lumière glottique et qu'il faut rabattre en arrière.

Actuellement, notre pourcentage d'échec diminue nettement et pratiquement nous arrivons, même dans les cas difficiles, à pouvoir réaliser un acte thérapeutique. C'est dû au respect de quelques détails :

— pré-médication attentive,

— patience d'attendre le délai imposé par la neuroleptanalgésie et surtout talent de l'anesthésiste.

Envisageons maintenant l'acte thérapeutique lui-même.

Après pulvérisation de Pantocaïne sur le larynx, nous réalisons :

— l'épluchage, selon les cas, et nous pensons tout spécialement aux laryngites chroniques pseudo-myxomateuses ;

— l'injection locale de corticoïdes, le plus souvent consécutivement ;

— nous employons le SOLUDECADRON.

L'épluchage, comme le conseillaient déjà Moulonguet et Giraud, se fait à la pince coupante en exécutant un véritable pelage de la corde vocale. D'avant en arrière, on pèle la corde littéralement et le muscle vocal est mis à nu avec un minimum de saignement d'ailleurs, on est parfois stupéfait de l'importance des fragments de muqueuses hyperplasiées qui sont ramenés.

L'injection in situ *de SOLUDECADRON.*

Cette injection est pratiquée grâce à l'aiguille fine contre-coudée minutieusement au maximum des lésions :

— bande ventriculaire,

— ou corde,

Vue endoscopique avec grossissement.

par injection sous muqueuse dont on peut suivre le passage :

L'aiguille est introduite un peu obliquement et un demi cm^3 de soludécadron est poussé.

En général on injecte :

— 1/2 cm^3 au 1/3 postérieur. Une autre injection peut être faite au niveau de la bande ventriculaire si l'atteinte de cette dernière le nécessite.

Les injections sont réalisées de façon symétrique de chaque côté.

On voit parfaitement l'injection pénétrer le muscle cordal lui-même et le faire saillir modérément.

Cet œdème disparaît très rapidement. Jamais de dyspnée laryngée, ni de choc n'ont suivi cette injection. Aucun incident n'a été noté dans nos cas.

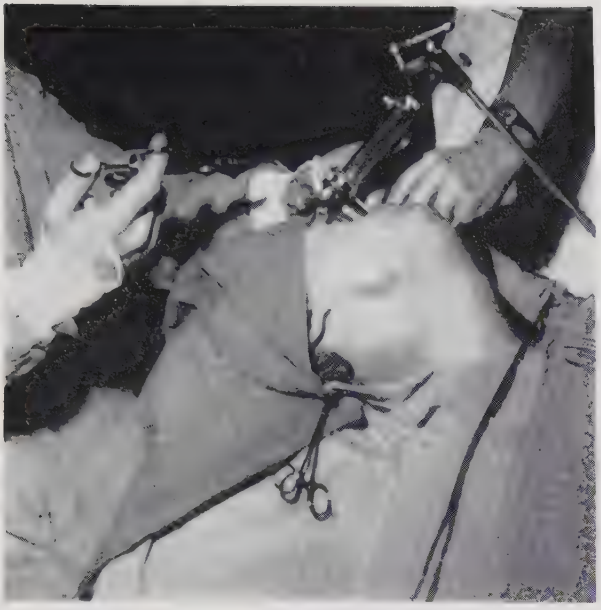
Voyons maintenant quels ont été nos résultats :

En janvier 1967 :

— 135 laryngoscopies pratiquées dans le service,
— 3 sous anesthésie générale (dont une par une canule de trachéotomie),
— 132 sous neuroleptanalgésie.

— Sur ces 135, 69 laryngites chroniques, dont :
  — 60 laryngites chroniques rouges,
  — 8 laryngites chroniques kératosiques blanches, *toutes limitées,*
  — 1 cas de papillome du ventricule gauche chez un sujet âgé.

— 20 examens histologiques qui ont montré :
  — 12 hyperplasies simples parakératosiques accentuées,
  — 7 hyperplasies polypoïdes,
  — 1 granulome inflammatoire.



Injection des cordes vocales.

— 1 examen cytologique : ulcère parakératosique sans anomalie nucléaire.

— Sur ces 60 laryngites chroniques, seulement 45 ont été traitées par les corticoïdes,

  — 2 trop récentes,

  — 44 donc à retenir, dont le plus ancien à quinze mois, s'échelonnent depuis cette date.

Sur ces 44 cas,

  — 34 ont eu épluchage + corticoïdes,

  — 10 seulement traités par corticoïdes.

Résultats : suivre le malade de dix jours en dix jours :

— période d'aphonie ou dysphonie notable : quinze jours à trois semaines,

— puis récupération bonne, voire excellente dans tous les cas,

  — sur le plan *anatomique :* presque restitution *ad integrum* de l'aspect de la corde vocale,

  — sur le plan *fonctionnel :* amélioration considérable de la voix dans les trois caractères :

    — Intensité,

    — Timbre,

    — Hauteur.

Le résultat fonctionnel spectaculaire le plus souvent avec récupération vocale qui nous a surpris nous-mêmes autant que le malade dysphonique depuis plus de trois ans, pour tous nos cas et qu'aucun traitement n'avait amélioré nettement.

Deux malades « ont recommencé à chanter » selon leur propre expression.

Reste à savoir combien de temps ce résultat se maintiendra. Il est difficile de se prononcer pour des

cas qui ont au maximum quinze mois de recul, mais le résultat nous est apparu valable et durable après une seule et unique séance.

Dans quelques cas, nous avons pratiqué une deuxième séance, nous avons l'impression que la seconde était inutile. Le résultat, s'il doit se produire, apparaissant quasi simultanément.

Telle est la méthode simple que nous préconisons aujourd'hui dans le traitement des laryngites chroniques hypertrophiques rouges non kératosiques :

Les corticoïdes locaux qui nous ont permis d'obtenir des résultats extrêmement satisfaisants chez des malades dysphoniques au long cours.

CONCLUSIONS

— L'amélioration paraît durable,

— On a l'impression d'avoir rompu un cercle vicieux,

— L'attentisme habituel dans les laryngites chroniques rouges où de nombreux traitements ont échoué est donc une étape révolue.

Grâce à la neuroleptanalgésie et la laryngoscopie en suspension, l'injection de corticoïdes *in situ* entraîne une amélioration que l'avenir confirmera.

BIBLIOGRAPHIE

— La cortisone et l'A.C.T.H. en oto-rhino-laryngologie, A. Aubin, J. Terracol, Y. Guerrier.

— La laryngoscopie en suspension : Possibilités thérapeutiques, J. Bouche, C. Frèche. Communication congrès O.R.L. Paris, oct. 66.

— Histo pathologie des laryngites chroniques, J. Bouche. Journées O.R.L. Montpellier, janvier 1967.

— A propos de la neuroleptanalgésie avec le déhydrobenzpéridol et la phénopéridine au cours des pansements des brûlés, J.-M. Roussel. Thèse, juin 1966.

— Acta Belgica : Lepage, janvier 1961.

Imp. Persan-Beaumont, Persan (Val-d'Oise)